

Andrea Abraham, Bruno Kissling

Wie «soft facts» die Hausarztmedizin formen: Nachdenken über Komplexität



Bericht vom Workshop «How soft facts shape family medicine: reflecting on the blurred field of complexity»¹ am Wonca-Europe-Kongress 2009 in Basel

Die Komplexitätstheorie hat sich im letzten Jahrzehnt in der internationalen hausarztmedizinischen Forschung etabliert. Ihre Grundannahmen wurden der PrimaryCare-Leserschaft seit dem Wonca-Kongress in Basel 2009 in zahlreichen Artikeln näher gebracht. Stichwortartig zeichnen sich komplexe Systeme aus durch fließende Grenzen, konstante Anpassungsleistungen von System und Akteuren, Interaktion mit anderen (Sub-)Systemen, Spannungen und Paradoxien, andauernd neu entstehendes Verhalten, Non-Linearität und Unvorhersehbarkeit, Bildung von Mustern oder Selbstorganisation [1].

Eine Welle von Publikationen erachtet den Komplexitätsansatz als geeigneten Hintergrund für hausarztmedizinische Reflexionen und Interpretationen [2–5]. Dabei zeigen sich zwei Pole: Ein Pol verwendet den Komplexitätsbegriff fast inflationär und so unscharf, dass er zu einem Label wird, das gleichzeitig alles und nichts bedeutet. Der andere Pol weist eine hochgradige Verwissenschaftlichung auf, deren «komplexe» Sprache nur einem exklusiven Kreis von Forschenden verständlich bleibt. Mit unserem Workshop wollten wir, gemeinsam mit den Teilnehmenden, zu einem praxisbezogenen Verständnis von Komplexität gelangen.

Komplexität konkret: threads of many colours and logics

Im Zentrum der Komplexitätstheorie stehen Systeme, Netzwerke, Muster und Dynamiken, aber nicht einzelne Menschen oder konkrete menschliche Interaktionen wie Gatrell [6] kritisiert:

«[...] the human voice seems to be missing from much of the complexity theory. The qualitative is there, but in the form of qualitative structures and patterns, not in the nature of the embodied actor.» (p. 2669)

Dieser Umstand erklärt sich durch die Mutterdisziplinen der Komplexitätstheorie: Mathematik und Physik und entsprechende quantitative, statistische Messverfahren [7–9].

Ähnlich wie in den Sozialwissenschaften greift auch im hausärztlichen Kontext der Fokus auf die Systemebene zu kurz. Die Intentionen, Überlegungen und Handlungen Einzelner werden darin nicht erfasst. In unserem Workshop interessierten deshalb besonders die subjektiven Bedeutungen, die der Komplexität zugeschrieben werden. Die Intensität, mit der die rund 110 Workshopteilnehmenden sich in diese Gruppendiskussionen einliessen, war ein Abbild der hohen Bedeutung der Thematik. Auf diese Weise erhielt der Komplexitätsbegriff ein Gesicht, oder präziser: viele Gesichter. So unterschieden die Teilnehmenden zwischen positiv und negativ besetzten Komplexitäten, aber auch zwischen Komplexitäten auf ganz unterschiedlichen Ebenen. Besonders eindrücklich waren zudem die einzelnen Beispiele, welche aufzeigten, wie stark ein Komplexi-

tätsverständnis vom jeweiligen lokalen Kontext und Gesundheitssystem, aber auch von Alter, Erfahrung, Lebenseinstellung und Arbeitsbedingungen der Hausärztinnen und Hausärzten geprägt ist. So schilderte eine junge Hausärztin aus Holland, dass sie jeden Tag der Woche in einer anderen Praxis arbeite und für die einzelnen Konsultationen jeweils maximal 10 Minuten Zeit habe. Das Balancieren zwischen diesen Bedingungen mache für sie die Komplexität ihres Berufsalltags aus.

Generell waren in den Gruppendiskussionen folgende Ebenen und Aspekte von Komplexität auszumachen:

- Ganzheitliche Erfassung des Patienten, seines Umfeldes und seiner Erklärungsmuster;
- Arzt-Patient Beziehung und deren formulierbaren sowie non-verbalen Elemente;
- Narratives Wissen zum Patienten und dessen Dokumentation;
- Ethische Fragestellungen;
- Ärztliche Grenzen;
- Medizinische Grenzen und Unlösbarkeiten;
- Chronische und multimorbide Krankheitsbilder;
- Priorisierungen von medizinischen Dringlichkeiten;
- Informationsfluss zwischen Kollegen;
- U.v.a.m.

Die übereinander gelegten Folien der verschiedenen Gruppendiskussionen stellen sinnbildlich dar, was die Hausarztmedizin als komplexes System ausmacht (Abb. 1).

Jenseits von Zahlen und Werten: Komplexität sozialwissenschaftlich erforschen

Komplexität bedarf einer individuellen Interpretation, damit sie vor einem bestimmten Hintergrund verstanden werden kann. Sie lässt sich in der Hausarztmedizin mit den üblichen quantitativen Methoden nicht umfassend erheben. Komplexität – obgleich ein mathematisch-physikalisches Konzept – kann durch qualitative Methoden erfasst werden, wie sie in der Sozialforschung verwendet werden. Soziale Systeme zeigen deutliche komplexe Strukturen: Non-Linearität, Inkonstanz, Unsicherheit, Paradoxie, Spannungen, Wandel usw. Diese Elemente werden von den Sozial- und Geisteswissenschaften im Kontext unterschiedlicher Denk- und Lebenswelten analysiert. Diese Disziplinen weisen neben einer quantitativen auch eine reiche qualitative Forschungstradition auf. Aus der qualitativen Forschung mit ihrer breiten Methodik [10] seien nur einige Kernpunkte ausgeführt.

Qualitative Forschung ist interpretierende Forschung. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung geht sie meist nicht von einer Hypothese oder Theorie aus, die deduktiv verifiziert werden soll. Sie stellt Fragen, die im Laufe der Forschung induktiv weiterentwickelt, konkretisiert und beantwortet werden. Wie-, Wodurch- und Weshalb-Fragen leiten qualitative Forschungsprojekte. Die Samplegrösse spielt – im Unterschied zur quantitativen Forschung – eine untergeordnete Rolle. Methoden der qualitativen Forschung sind

¹ Workshop am Wonca-Europe-Kongress 2009 in Basel von Andrea Abraham, Bruno Kissling, Sylviane Neuenschwander und Helen Hartmann. Herzlichen Dank an Helen Hartmann und Sylviane Neuenschwander für ihre wertvollen Inputs für diesen Artikel.

nicht quantifizierbare Fragebogen, sondern Interviews, Narrationen, Feldnotizen, Videoaufnahmen u.ä. Diese werden, einzeln oder kombiniert, dem Forschungsgegenstand angemessen eingesetzt. Qualitative Forschung ist kontextabhängige Forschung. Sie rückt alltägliches Erleben, subjektive Bedeutungszuschreibungen und lokale Bedingungen bewusst ins Zentrum. Wissen, Wahrheit, Richtigkeit, Realität oder Objektivität sind Begriffe, die in der qualitativen Sozialforschung kritisch auf ihr Zustandekommen hinterfragt werden. Die Ergebnisse qualitativer Forschungsprojekte sind damit meist nicht statistisch basierte Generalisierungen. Sie sind vielmehr ein Gesamtbild, das sich aus einer Summe von heterogenen Konzepten, Mustern und Theorien einzelner ergibt. Umgekehrt gesagt: Der/das Einzelne wird nicht zu einer ent-individualisierten Grösse, sondern behält seine Eigenheit im Rahmen des Gesamten.

Die Grundsätze der qualitativen Forschung sind in der medizinischen Forschung der anglophonen und skandinavischen Länder bereits etabliert. In der Schweiz finden zögerliche erste Schritte in diese Richtung statt. Mit der Integration methodischer Ansätze aus der qualitativen Forschung würde die Komplexität hausärztlicher Arbeit erst in ihrer ganzen Fülle sichtbar. Sie vermag Bereiche zu erforschen, die mit anderen Methoden nicht greifbar sind [11]. Dies zeigen diverse Publikationen der letzten Jahre [12–18]. Die Schweizer Hausarztmedizin würde davon ganz sicher profitieren. Oder wie es eine Publikation bereits anfangs der 1990-er Jahre auf den Punkt brachte: «Qualitative research and family practice: a marriage made in heaven» [19].

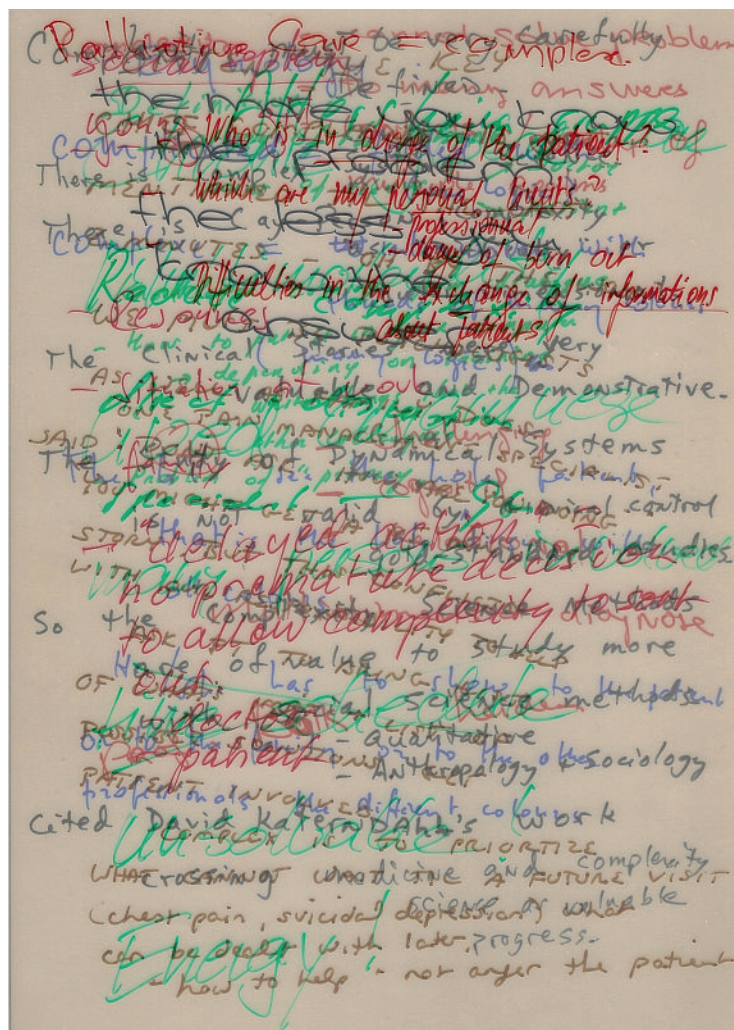


Abbildung 1
Sinnbild hausarztmedizinischer Komplexität.

Literatur

- ## Literatur
- 1 Plsek P, Greenhalgh T. Complexity science. The challenge of complexity in health care. *British Medical Journal*. 2001;323:625–8.
 - 2 Kernick D. Wanted – new methodologies for health service research. Is complexity theory the answer? *Family Practice*. 2006;23(3):385–90.
 - 3 Sweeney K. Complexity in Primary Care. Radcliffe; 2006.
 - 4 Martin CM, Sturmberg JP. General practice – chaos, complexity and innovation. *The Medical Journal of Australia*. 2005;183:106–9.
 - 5 Gask L. Powerlessness, control, and complexity: the experience of family physicians in a group model HMO. *Annals of Family Medicine*. 2004;2(2):150–5.
 - 6 Gatrell AC. Complexity theory and geographies of health: a critical assessment. *Social Science & Medicine*. 2005;60(12):2661.
 - 7 Byrne D. Complexity theory and the social sciences. An introduction. Oxon: Routledge; 1998.
 - 8 Green LA. The implications of measuring complexity. *Annals of Family Medicine*. 2010;8:291–2.
 - 9 Katerndahl DA, Wood R, Jaén CR. A method for estimating relative complexity of ambulatory care. *Annals of Family Medicine*. 2010;8:341–7.
 - 10 Flick U, von Kardorff E, Steinke I, eds. *Qualitative Forschung: ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2009.
 - 11 Pope C, Maysa N. Qualitative Research: Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *British Medical Journal*. 1995;311(6996):42.
 - 12 Jaye C. Doing qualitative research in general practice: methodological utility and engagement. *Family Practice*. 2002;19(5):557–62.
 - 13 Malterud K. The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers. *The Lancet*. 2001;358(9279):397–400.
 - 14 Geneau R, Lehoux P, Pineault R, Lamarche P. Understanding the work of general practitioners: a social science perspective on the context of medical decision making in primary care. *BMC Family Practice*. 2008;9(1):12.
 - 15 Greenhalgh T. *Primary health care. Theory and practice*. Massachusetts: Blackwell Publishing; 2007.
 - 16 Pope C. Conducting ethnography in medical settings. *Medical Education*. 2005;39(12):1180–7.
 - 17 Sandelowski M. Using Qualitative Research. *Qualitative Health Research*. 2004;14(10):1366–86.
 - 18 Crawford MJ, Ghosh P, Keen R. Use of qualitative research methods in general medicine and psychiatry: Publication trends in medical journals 1990–2000. *International Journal of Social Psychiatry*. 2003;49(4):308–11.
 - 19 Murphy E, Mattson B. Qualitative research and family practice: a marriage made in heaven? *Family Practice*. 1992;9(1):85–91.
-
- Korrespondenz:**
Andrea Abraham, Medizinanthropologin
Universität Bern, Institut für Sozialanthropologie
Länggassstrasse 49a, 3000 Bern 9
abraham@anthro.unibe.ch
-
- Bruno Kissling
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Elfenauweg 6, 3006 Bern
bruno.kissling@hin.ch

Korrespondenz:
Andrea Abraham, Medizinanthropologin
Universität Bern, Institut für Sozialanthropologie
Länggassstrasse 49a, 3000 Bern 9
abraham@anthro.unibe.ch

Bruno Kissling
Facharzt für Allgemeinmedizin FMH
Elfenauweg 6, 3006 Bern
bruno.kissling@hin.ch